

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่

ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, พย.ม* วิรัชณี สุขวัฒนานนท์, พ.บ.** ศศิธร อินทุคม, พย.ม.***

บทคัดย่อ

บทนำ: การเจ็บครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อมารดาและทารก การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานของสตรีมีครรภ์ ที่นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิด และภาวะทุพพลภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือสำคัญที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบทำให้การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางแนวเดียวกัน ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดี ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซึ่งคาดว่าจะช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบชนิด historical controlled intervention study ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนที่เข้ามารับการฝากครรภ์แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลแพร่ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน 2562 จำนวน 30 ราย กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติได้รับการนำแนวปฏิบัติไปทดลองก่อนใช้จริง จำนวน 3 ราย ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมจากนั้นนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปใช้กับผู้ป่วยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2563 จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Exact probability test, independent t-test และ Wilcoxon rank-sum test

ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนที่มาใช้บริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 ราย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากันโดยทั้ง 2 กลุ่มมีอายุ ดัชนีมวลกาย ประวัติทางสูติกรรม ประวัติการเสพยาเสพติด และการรักษาที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ข้อมูลการคลอด ได้แก่ เพศ วิธีการคลอด น้ำหนักทารกและการรักษาที่ได้รับไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน และสัดส่วนทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่แตกต่างกัน ($p=0.313$, $p=0.313$) แต่สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนด พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$, $p=0.010$)

สรุป: แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและการคลอดก่อนกำหนดได้

คำสำคัญ : ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด, แนวปฏิบัติทางคลินิก

*งานห้องคลอด โรงพยาบาลแพร่

**กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่

***งานฝากครรภ์ โรงพยาบาลแพร่

The development of Clinical Practice Guildelines for prevention and care of preterm pregnancy in Phrae hospital

Tippawan Prasartsak, M.N.S* Wiratchanee Sukawattananon, M.D.**

Sasithorn Intudom, M.N.S***

Abstract

Background: Preterm labor and preterm birth have significant impacts on healthcare system and on the health of both mother and newborn. Preterm labor has a main cause of prolong length of stay in mother. It is a leading cause of preterm birth which is the major cause of neonatal mortality and morbidity. Clinical practice guildelines are a systematically developed statement that informed by a systemic review of evidence which facilitated efficient practice and improved patient outcomes.

Objective: To examine effect of the development of clinical practice guildelines for revention and care of preterm pregnancy in Phrae hospital.

Study design: The study was a historical controlled intervention study. The samples were previous preterm women who attention in ANC Unit, Phrae hospital. There were thirty pregnant women who received usual nursing care between March to September 2019. There were three pregnant women received trial out based on the CPGs and implementing the CPGs on the thirty pregnant women between March to September 2020. Compare general data, efficiency on admitted of preterm labor, preterm birth, readmitted within 7 days and APGAR Score in two groups with percentage, mean and standard deviation. Analysis with t-test and exact probability test and wilcoxon rank-sum test.

Result: The previous preterm women who attention in ANC Unit, phrae hospital consists of 60 pregnants. Experiment and control group are equal. These two groups were not different in age, body mass index, mother's underlying disease, drugs used and treatment. the data of newborn such as sex, delivery mode body weight and treatment were not different, compare readmitted within 7 days and APGAR Score in two groups were not different ($p=0.313$, $p=0.313$) but pregnant woman who admitted with preterm labor and preterm birth were statistically significant ($p=0.017$, $p=0.010$).

Conclusions: Nurse and health care team should apply clinical practice guildeline for prevent preterm labor and preterm birth.

Key words: preterm labor, preterm birth, clinical practice guildelines

*labor room unit

**Obstetrics and Gynecology department

***Antenatal CareUnit

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือ 259 วัน ของ การตั้งครรภ์⁽¹⁾ จากอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดใน 184 ประเทศทั่วโลก พบว่า อยู่ระหว่างร้อยละ 5-18 โดยในแต่ละปีจะมีทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วโลก ประมาณ 15 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตใน 5 ปีแรก ประมาณ 1 ล้านคน ส่วนทารกที่รอดชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนดต้องเผชิญกับความพิการ ความผิดปกติของการได้ยิน และการมองเห็น และพัฒนาการล่าช้า และมากกว่า 3 ใน 4 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนดสามารถป้องกันได้⁽²⁾ นอกจากนี้การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานของสตรีมีครรภ์⁽³⁾ นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด การตายปริกำเนิดและภาวะทุพพลภาพ⁽⁴⁾ จากสถิติของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดประเทศไทย พบร้อยละ 10-12 ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัยกำหนดไม่เกินร้อยละ 10⁽⁵⁾ สำหรับโรงพยาบาลแพร์พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดปี พ.ศ. 2560-2562 ร้อยละ 5.64, 6.59 และ 5.37 ตามลำดับ ถึงแม้จะไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานแต่มีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการวิเคราะห์สาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ในปี 2562 พบว่า 3 อันดับแรกเกิดจากการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนร้อยละ 44.34 รองลงมา คือ มีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 26.41 และมารดาที่มีความดันโลหิตสูงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 11.32 ตามลำดับ⁽⁶⁾

การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึง การปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและมีการเปิดปากของมดลูก^(8,9) ซึ่งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดควรเลือกใช้วิธีการปฏิบัติ โดยอาศัยหลักฐานที่ได้รับพิสูจน์ทางการวิจัยแล้วว่าได้ผลดี หรือผ่านการทดลองในการปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลจริง นั่นคือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งการนำหลักฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังนั้นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines [CPGs]) จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติการพยาบาล และเป็นผลที่เกิดจากการพัฒนาอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพหรือให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสมมีทิศทางการดูแลไปในแนวเดียวกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้ใช้บริการ⁽¹⁰⁾ จากการศึกษางานวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด⁽¹²⁾ ยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ และลดการคลอดก่อนกำหนดได้⁽¹³⁾

สำหรับโรงพยาบาลแพร์ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับปฐมภูมิตั้งบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ และใน

ส่วนของแนวปฏิบัติในระดับทุติยภูมิยังมีหลากหลาย ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและไม่มีลายลักษณ์อักษร ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เน้นการดูแลทั้งระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ และนำแนวปฏิบัติมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะช่วยป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบรูปแบบ historical controlled intervention study เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่ประชากรที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 ราย กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน เป็นการตั้งครรภ์ทารกเพียงคนเดียว ไม่มีประวัติแพ้ยา progesterone เกณฑ์การคัดออกคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ตรวจพบทารกพิการแต่กำเนิด หรือ เสียชีวิตในครรภ์ พบการแพ้ยา progesterone หลังใช้ยา มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและทารกมีภาวะเครียด คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการทำ pilot study พบว่า สัดส่วนของการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.54 และคาดว่ากลุ่มทดลองเท่ากับร้อยละ 0.20 กำหนดการทดสอบเป็น one-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่ 5% และ power

80% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนของสภาวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย และแบบบันทึกข้อมูลผู้คลอดและทารกแรกเกิด แบบบันทึกการให้คะแนนสภาพทารกเกิดใหม่ตามแบบประเมินของเวอร์จิเนีย แอปการ์ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ มีการนำแนวปฏิบัติที่ได้มาทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย ประเมินความเป็นไปได้ของการวิจัย ปัญหา อุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติ ร่วมกันหาข้อสรุป และข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่มด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Exact probability test, independent t-test และ wilcoxon rank-sum test

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 ราย กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีจำนวนเท่ากัน คือ กลุ่มละ 30 ราย ทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุ ความสูง ดัชนีมวลกาย รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติทางสูติกรรม โรคประจำตัวทางอายุรกรรม การเสพยาเสพติด และการรักษาที่ได้รับไม่แตกต่างกัน

(ตารางที่ 1 และตารางที่ 2) ข้อมูลการคลอด ได้แก่ เพศ วิธีการคลอด น้ำหนักทารก และการรักษาที่ได้รับ ไม่แตกต่างกันแต่การย้ายไปบริบาลทารกแรกเกิด/ไอซียู พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.047$) (ตารางที่ 3) ทั้ง 2 กลุ่ม มีสัดส่วนการ readmitted ภายใน 7 วัน และสัดส่วนทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่แตกต่าง

กัน ($p=0.313$, $p=0.313$) สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$, $p=0.010$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มที่ดูแลตามปกติ (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ(ปี)					
≤19	1	3.3	0	0.0	
20-34	23	76.7	19	63.3	
35 ปีขึ้นไป	6	20.0	11	36.7	
Mean (±SD)	29.2	(±1.1)	31.5	(±6.7)	0.156
ความสูง (เซนติเมตร)					
≤145	2	6.7	1	3.3	
>145	28	93.3	29	96.7	
Mean (±SD)	157.7	(±6.2)	157.0	(±5.0)	0.671
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)					
<18.5	4	13.3	6	20.0	
18.5-24.9	20	66.7	19	63.3	
25-29.9	1	3.3	2	6.7	
>30	5	16.7	3	10.0	
Mean (±SD)	23.0	(±4.7)	22.1	(±4.3)	0.415
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
<10,000	15	50.0	16	53.4	
10,000-20,000	7	23.3	7	23.3	
20,000-40,000	7	23.3	7	23.3	
>40,000	1	3.4	0	0.0	
Mean (rank-sum)	23.0	(938.5)	14,900.0	(891.5)	0.727

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มที่ดูแลตามปกติ (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	23.3	7	23.3	1.000
ปริญญาตรี	23	76.7	23	76.7	
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	16	53.4	12	40.0	1.904
เกษตรกร	1	3.3	2	6.7	
พนักงาน/ลูกจ้าง	1	3.3	1	3.3	
ธุรกิจส่วนตัว	4	13.3	5	16.7	
รับจ้างทั่วไป	8	26.7	10	33.3	

ตารางที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการรักษาที่ได้รับ

ลักษณะ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มที่ดูแลตามปกติ (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การฝากครรภ์ครั้งแรก					
อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	20	66.7	16	53.3	0.292
อายุครรภ์ > 12 สัปดาห์	10	33.3	14	46.7	
การฝากครรภ์คุณภาพ					
ฝากครรภ์ไม่ครบตามกำหนด	15	50.0	18	60.0	0.436
ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	15	50.0	12	40.0	
ประวัติการแท้ง					
ไม่มี	23	76.7	21	70.0	0.559
มี	7	23.3	9	30.0	
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม					
ไม่มี	29	96.7	28	93.3	0.554
มี	1	3.3	2	6.7	

ตารางที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการรักษาที่ได้รับ (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มที่ดูแลตามปกติ (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคประจำตัวทางอายุรกรรม					
ไม่มี	26	86.7	26	86.7	1.000
ความดันโลหิตสูง	2	6.7	1	3.3	
เบาหวาน	0	0.0	1	3.3	
ไทรอยด์	1	3.3	0	0.0	
หัวใจและหลอดเลือด	0	0.0	1	3.3	
โลหิตจาง	1	3.3	2	6.7	
ความผิดปกติ/การผ่าตัดมดลูก					
ไม่มี	21	70.0	18	60.0	0.417
มี	9	30.0	12	40.0	
ประวัติการเสพยาเสพติด					
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
ไม่มี	28	93.3	29	96.7	0.554
สุรา/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์	2	6.7	1	3.3	
บุหรี่	1	3.3	0	0.0	
ยาเสพติด	1	3.3	0	0.0	
การรักษาที่ได้รับ					
ยา bricanyl	5	16.7	7	23.3	0.347
ยา nifedipine	2	6.7	1	3.3	0.554
ยา dexamethasone	2	6.7	2	6.7	1.000

ตารางที่ 3 ข้อมูลการคลอด

ลักษณะ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มที่ดูแลตามปกติ (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศทารก					
ชาย	20	66.7	18	60.0	0.592
หญิง	10	33.3	12	40.0	
วิธีการคลอด					
คลอดทางช่องคลอด	11	36.7	12	40.0	0.424
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	19	63.3	18	60.0	
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)					
1,000-2,490	3	10.0	8	26.7	
2,500-3,790	27	90.0	21	70.0	
≥3,800	0	0.0	1	3.3	
ค่าเฉลี่ย (±SD)	2,914.0	(±399.2)	2,790.7	(±458.6)	0.271
การรักษาที่ได้รับ					
Intial step	28	93.3	25	83.4	0.399
PPV	2	6.7	4	13.3	
CPR	0	0.0	1	3.3	
การย้ายทารก					
PICU	3	10.0	4	13.3	0.047
NSCU	2	6.7	9	30.0	
อยู่กับมารดา	25	83.3	17	56.7	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก

ลักษณะ	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ (n=30)		กลุ่มที่ดูแลตามปกติ (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาล	7	23.3	16	53.3	0.017
การ re-admitted ภายใน 7 วัน	0	0.0	1	3.3	0.313
การคลอดก่อนกำหนด	4	13.3	13	43.3	0.010
ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน	0	0.0	1	3.3	0.313

วิจารณ์

ผลการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่ พบว่า สัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต่อนอนโรงพยาบาล และสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูง มีการแบ่งระดับความน่าเชื่อถือคุณภาพของหลักฐานอ้างอิง และเกรดของการแนะนำ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่พัฒนาครอบคลุมทั้งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันไม่ให้สตรีมีครรภ์เกิดการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่แผนกฝากครรภ์ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติมีขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติก่อนนำมาใช้จริง สอดแทรกในงานประจำ มีการติดตามปัญหาและอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางที่ตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และก้าวทันกับยุคในปัจจุบันที่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่อยู่ในยุคของการควบคุมคุณภาพการดูแล

แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีจะต้องมาจากหลักฐานงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ร่วมกับการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญ จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้รูปแบบการดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง และได้รับการดูแลที่

ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสความผิดพลาด⁽¹¹⁾ และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นได้เร็วภายใน 30 นาที หลังจากแรกเริ่ม และสามารถยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาทีหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษาและช่วยยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลสำเร็จมากกว่า 48 ชั่วโมง⁽¹²⁾ ทำให้การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นและส่งผลให้การคลอดก่อนกำหนดลดลง⁽¹³⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ด้านการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วันของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน จำนวน 1 คน ส่วนกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติไม่มีการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีปัจจัยทางชีวภาพ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน และทั้งสองกลุ่มได้รับการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดด้วยยาคลายกล้ามเนื้อมดลูก ในขณะที่นอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ทำให้การกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน จึงไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ด้านทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีจำนวนเท่ากัน คือ จำนวน 2 ราย ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มได้รับยา Dexamethasone ซึ่งมีคุณสมบัติในการกระตุ้น

การสร้างสารลดแรงตึงผิว (Lung surfactant) เคลือบอยู่ที่ด้านในของถุงลมมีหน้าที่ลดแรงตึงผิว ระหว่างรอยต่อของน้ำและลมในถุงลม ผลก็คือ ป้องกันไม่ให้ถุงลมแฟบขณะหายใจออก ซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะกดการหายใจในทารกแรกเกิด (Respiratory distress syndrome : RDS)⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ทารกที่คลอดหลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ทารกจะมีการสร้างสารลดแรงตึงผิวที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้คะแนน APGAR Score ไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า แนวปฏิบัติที่ผ่านขั้นตอนการพัฒนาอย่างเป็นระบบเป็นแนวทางที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการร่างแนวปฏิบัติเพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ และมีการทดสอบความเป็นไปได้ก่อนนำมาใช้จริง จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังคงพบว่ามีข้อจำกัดของงานวิจัย คือไม่สามารถนำไปใช้ในรายที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา progesterone มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด หรือมีการติดเชื้อในโพรงมดลูก รวมถึงในรายที่ทารกในครรภ์มีภาวะค้ำขังจึงทำให้แนวปฏิบัติไม่สามารถใช้ครอบคลุมในทุกกลุ่มโรคได้

สรุป

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถลดการเกิดภาวะเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาล และการคลอดก่อนกำหนดได้

เอกสารอ้างอิง

1. ประพนธ์ จารุยาวงศ์. มาตรการทางสูติศาสตร์กับปัญหาการคลอดก่อนกำหนด. ใน: วิทยา ดิฐาพันธ์, นิตารัตน์ พิทักษ์วัชระ, พจนีย์ ผดุงเกียรติ วัฒนา, บรรณาธิการ. วิกฤติในเวชปฏิบัติปริกำเนิด. กรุงเทพฯ: พีเอ ลิฟวิ่ง; 2555: หน้า13-31.
2. World Health Organization [WHO]. Preterm birth [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 20]. Available from: <http://www.who.int/newroom/fact-sheet/detail/preterm-birth>
3. Maloni JA, Kutil CE. Physical and psychosocial side effect of antepartum hospital: A review of literature. Image J Nurs Sch 2000;23(3):187-92.
4. พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. การดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลง. ใน: วิทยา ดิฐาพันธ์ พจนีย์, ผดุงเกียรติ วัฒนา, กติกานวพันธ์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติปริกำเนิดในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2553. หน้า 51-62.

5. อุ๋นใจ กอนันตกุล. บทความวิชาการ: การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. สหุตินรีแพทย์สัมพันธ์ 2562;28(1):8-15.
6. โรงพยาบาลแพร่. รายงานสถิติแม่และเด็ก ประจำปีของหน่วยงานห้องคลอดปี พ.ศ. 2560-2562. แพร่: สถิติห้องคลอด โรงพยาบาลแพร่; 2562.
7. สุภาพ ไทยแท้. การพยาบาลสูติศาสตร์ ภาวะผิดปกติในระยะคลอด. กรุงเทพฯ: วี.พรีน; 2555.
8. Murphy PA. Pretherm birth prevention programs: A critique of current literature. Journal of Nurse Midwifery 1993;38(6):324-34.
9. Shellhaas CS, Iams JD. Ambulator management of preterm labor. In: WC Hill, Ed. Ambulatory obstetrics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p.13-33.
10. A Guide to the Development Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. National Health and Medical Research Council [Internet]. 2008 [cited 2008 Aug 18.]. Available from: <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>
11. ฉวีวรรณ ชงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. สภาการพยาบาล 2548; 20(2):63-74.
12. วรณทนีย์ สีหาพงศธร, ภรณ์ทิพย์ จันทาทิพย์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในห้องคลอด โรงพยาบาลนารายณ์มหาราช. วารสารกองการพยาบาล 2559;43: 46-62.
13. ณีฐธมณณ์ โกศัย, ฉวี เบาทรวง, ภรณ์ทิพย์ กันทะรักษา. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย. พยาบาลสาร 2554; 38(3):30-9.
14. ภักดี แก้วแบ่งจันทร์, เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. การทดสอบความสมบูรณ์ของปอดของทารกในครรภ์. ภาควิชาสูตินรีเวชกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2014 [สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2556]. สืบค้นจาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=890:fetal-lung-maturitytests&catid=45&Itemid=561.